

BOLETIM DO SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

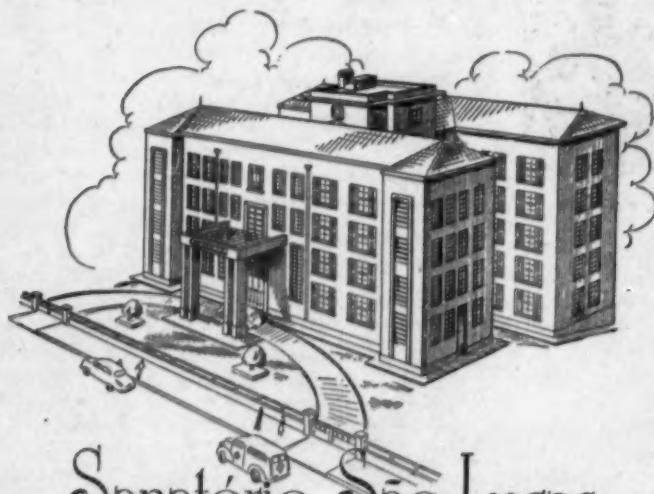
VOL. XVI

JUNHO DE 1955

N.º 12

Sumário:

	Pág.
<i>Concomitância de câncer do endométrio e câncer do colo uterino — Dr. WALDEMAR MACHADO</i>	179
<i>Sociedade Médica São Lucas — Comunicação feitas</i>	188
<i>Índice Geral do Volume XVI</i>	190



Boletim do Sanatório São Lucas

Suplemento de "ANALS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA"

Editedo sob a direção do
Dr. ADHEMAR NOBRE

pelo

SANATÓRIO SÃO LUCAS

INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESCO DA CIRURGIA

Diretor

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO



Órgão oficial da Sociedade Médica São Lucas

Rua Pirapitingui, 114 — São Paulo, Brasil

DIRETORIA 1955-1956

Presidente :

Dr. NELSON RODRIGUES NETO

Vice-Presidente :

Dr. JACYR QUADROS

Primeiro Secretário :

Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

Segundo Secretário :

Dr. ADHEMAR NOBRE

Primeiro Tesoureiro :

Dr. LUIZ BRANCO RIBEIRO

Segundo Tesoureiro :

Dr. ROBERTO DE LUCCA

Bibliotecário :

Dr. ENRICO RICCO

Conselho Consultivo:

Dr. JOÃO NOEL VON SONNLEITHNER

Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA

Dr. MOACYR BOSCARIN

Dr. PAULO GIOVANNI BREMAN

Dr. ADEMAR ALBANO RUBBI



BOLETIM
DO
SANATÓRIO SÃO LUCAS
INSTITUIÇÃO PARA O PROGRESSO DA CIRURGIA

VOL. XVI

JUNHO DE 1955

N.º 12

**Concomitância de câncer do endométrio
e câncer do colo uterino (*)**

Dr. WALDEMAR MACHADO

*Ginecologista e obstetra da C.A.P. de Serviços Públicos em São Paulo
e Chefe da Secção da Maternidade do Sanatório São Lucas.*

Dr. ROBERTO A. AUN

*Anatomista patologista da C.A.P. de Serviços Públicos em São Paulo
e do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Central da Santa
Casa de São Paulo.*

Problema palpante e sempre em foco, o câncer uterino, do corpo ou melhor dizendo do endométrio e do colo, apresenta sempre atualidade, momente referência de casos como o nosso, cuja incidência morbigena se localizava em ambos os segmentos. Além dessas, a situação intra-parietal é muito rara e se desenvolve à custa de focos de endometriose ou blocos de células embrionárias.

A combinação de duas ou mais neoplasias é muito interessante (Stoeckel). Numa mesmo útero podem coexistir um carcinoma do colo com um do corpo, ou um carcinoma do útero com um da vagina ou podem combinar-se um carcinoma do útero e um do ovário ou trompas, ou mama e cervix ou corpo uterino. É pouco freqüente a associação de câncer com mioma e é muito rara a de sarcoma e carcinoma.

A maior freqüência do néo do colo em relação ao do endométrio fato bastante conhecido, variando apenas entre os autores a percentagem. Entre nós, estatística do Instituto de Radium Arnaldo Vieira de Carvalho dá a média de 2,1% e em trabalho de Lucas M. Machado, de Belo Horizonte, a média é de 0,7%. Autores estrangeiros dão resultados variáveis, porém, concordes na maior freqüência do câncer do colo, em média 15:1.

Quanto à idade, a freqüência do néo do endométrio é maior após a 5.^a década da vida embora possa surgir em outras idades, mas, aí o que acontece é aparecer em mulheres jovens, porém, com

(*) Apresentado na Sociedade Médica São Lucas em sessão de 11 de Abril de 1955.

ovários velhos, (Calatroni e Ruiz) com sinais de menopausa precoce.

A menor incidência do câncer do endométrio decorre, segundo Hinselman, dos seguintes fatores:

- 1) remoção constante do endométrio;
- 2) proteção contra a agressão externa;
- 3) ausência de zona de instabilidade celular.

Nestarez e Assali focalizam ainda 2 outros fatores:

- 4) falta de exame sistemático do material de curetagens, pois, é sabido que muitos casos de câncer incipiente do endométrio podem ser removidos com a simples curetagem;
- 5) a raridade com que são enviados aos Institutos especializados os casos de câncer do endométrio, ao contrário dos casos de néo do colo, que em grande número são enviados para tratamento pela curieterapia.

O fator etiológico permanece ainda obscuro, tal qual como em outros tipos de neoplasias malignas. Alguns autores acham que a multiparidade é causa da maior incidência do câncer, entretanto, como é doença mais frequente nas senhoras idosas, ressalta que o dado não apresenta maior valor, pois nessa idade quasi todas as mulheres já exerceram essa função.

A hiperplasia glandular cística do endométrio ou doença de Brennecke-Schroeder, até ao momento, para alguns autores, não pode ser considerada como um pré-câncer, enquanto outro grupo tem opinião contrária.

A coexistência com mioma, segundo estatísticas alienígenas, é bem acentuada; 18%; 25%; 33%; 19,8% etc., portanto variando dentro de limites mínimos. Em trabalho do Instituto Arnaldo Vieira de Carvalho, publicado em 1946, é nula a associação. As lesões precancerosas são muito combatidas por alguns anátomo-patologistas que chegaram a afirmar: ou é câncer ou não é. Para outros e entre estes os clínicos, existem lesões que favoreceriam o aparecimento de lesão neoplásica típica ou a ela estão associadas; assim temos o polipo mucoso glandular; o atenoma benigno, a hiperplasia glandular cística, a metaplasia epidermóide, a inflamação crônica do endométrio.

Sob o ponto de vista macroscópico, são divididos os carcinomas em circunscritos e difusos. O circunscrito pôde ser endo ou exofítico e assenta-se de preferência no fundo ou ângulo da cavidade uterina. Os exofíticos se apresentam como excrescências sesséis ou pediculadas e sua cor e aspecto variam segundo a intensidade dos processos necróticos e infeciosos, quasi sempre constantes no carcinoma do endométrio. Os endofíticos, ao contrário, apresentam o tipo de ulcerações irregulares, que destroem o miométrio e podem chegar até à serosa e perfurá-la, o que é raro, pois a isso se opõem as aderências entre o útero e os órgãos vizinhos. A forma difusa apresenta-se como uma proliferação mole, medular, vilosa ou papi-

liforme, que recobre toda a cavidade uterina, detendo-se em baixo, quasi ultrapassando o nível do orifício interno do colo. Essa propagação é geralmente tardia.

O carcinoma do endométrio é, dentre os carcinomas do aparelho genital, aquél que apresenta quadros histológicos os mais variados, pois, tende a reproduzir todos os tipos de epitélios que normalmente se encontram no aparelho genital feminino.

1) quanto a localização — carcinomas do colo { porção vaginal
do corpo } canal cervical

2) quanto à agrupação histológica, o mais simples é dividí-los, segundo Schottlaender, Kermauner e Frankl em carcinomas primitivamente sólidos e carcinomas primitivamente glandulares. Ambas as formas podem ter origem no epitélio que forra a mucosa do colo e do corpo ou no epitélio das glândulas cervicais e endometriais. O tipo sólido predomina entre os cânceres do colo; o adenomatoso ou glandular entre os do corpo. Os cânceres ricos em células epiteliais levam o sobrenome de medulares e os que contém muito tecido conjuntivo o de esquirroso.

O câncer do colo uterino é a mais freqüente das neoplasias malignas do útero; é observado em mulheres em fase genital, é de evolução rápida e habitualmente do tipo pavimentoso.

É mais freqüente que o néo do corpo, em média, 15-1, cuja explicação já démos em período anterior.

Quanto à classificação, podem ser: a) do epitélio pavimentoso do ectocervix (carcinoma ectocervical); b) do orifício cervical externo, que é a localização mais freqüente, carcinoma do orifício externo); c) carcinoma endo-cervical (no canal cervical, forrado por epitélio cilíndrico); d) em plena parede do colo — carcinoma nodular — a expensas de restos wollfianos, que constituem a ampola do canal de Gartner ou de ilhotas de endometriose interna:

3) de acordo com o crescimento { exofíticos
endofíticos
exoendofíticos

Quanto ao tipo histológico, o câncer do colo é do tipo pavimentoso ou do tipo glandular ou cilíndrico. A grande maioria dos cânceres cervicais é do tipo pavimentoso; os glandulares são menos freqüentes. A distribuição clínica em que variam de 0, passando pelo I-II e III, atingindo o IV, deixamos de dar detalhes, para não nos alongarmos muito e por ser de todos conhecidos aceita por uns e negada por outros; a constituição histológica é distribuída em carcinomas cervicais pavimentosos ou cilíndricos; os primeiros oriundos do exocervix e os segundos tanto do ecto como do endocervix.

As células constituintes dos carcinomas pavimentosos, chamados também sólidos e os carcinomas cilíndricos, também chamados glandulares, têm tendência a reproduzir o tecido do qual derivam;

dai cada um desses grupos podem ser dividido em indiferenciados e diferenciados. O câncer do endométrio cresce em superfície ou em forma poliposa. No primeiro caso desenvolvem-se nódulos duros, que ocupam grandes zonas do endométrio e acabam por invadir toda a superfície da cavidade uterina. As formas polipoas são mais raras e podem iniciar-se em polipos mucosos benignos e permanecem longo tempo localizados, porém como é natural, acabam por invadir o miométrio.

Passados assim em revista os principais capítulos referentes ao tema passemos a apresentar a observação do nosso caso.

OBSERVAÇÃO — C.M. 52 anos, branca, casada, brasileira, doméstica. 29/9/52 veio à consulta para que sua filha de quem é beneficiária, conseguisse licença para que pudesse tratar-se, queixando-se de ondas de calor na face, tontura, mau estar e metrorragia há já 4 meses. Estava em tratamento com um colega que aconselhou eletrocoagulação do colo. É diabeta fez uma curetagem por aborto provocado. Tercigesta; última gestação aos 27 anos; 2 partos normais puerperio febril do último parto com hemorragia; lactação normal após ambos os partos, sono irregular nervosismo, apetite conservado; evacuação e micção normais Exame: períneo com rutura do 2º grau; vulva entreaberta, vagina longa, paredes normais; colo endurecido; corpo uterino de difícil delimitação, dadas a espessura da parede abdominal e a reação do paciente; anexos impalpáveis, fundos de saco livres; ao exame especular O. E. em fenda transversa erodido por onde fluiu pequena quantidade de sangue, histerometria 8 cm. Curetagem de prova (figura 1 e 2) Diagnóstico clínico: rutura do períneo; cervicite crônica?; hiperplasia glandular cística?; pressão arterial 200 x 90; glicemia 1.40 por 1.000; urina tipo — 1 glicose.

RELATÓRIO ANATOMO-PATOLÓGICO

C.M.

Biópsia 762.52.

Mat. 19.225.

MATERIAL: *Curetagem de prova.*

EXAME MACROSCÓPICO: Trata-se de vários fragmentos irregulares de tecido mole, de cor rosa. Inclusão de todo o material em parafina. Col. H.E.

EXAME MICROSCÓPICO: Os cortes mostram uma neoplasia imatura, de natureza epitelial, cujas células se dispõem de modo a formarem faixas irregulares, salientes, sustentadas por delicadas traves de tecido conjuntivo-vascular fig. (1). Os núcleos ostentam acentuado grau de anaplasia, hipercromasia e numerosas mitoses patológicas (fig. 2).

DIAGNÓSTICO: *Carcinoma Papilífero.*

Com este diagnóstico foi proposta intervenção cirúrgica realizada em 10/10/52.

Ficha operatória paciente C.M., diagnóstico carcinoma papilífero do endométrio; indicação operatória, histerectomia total, operador Dr. Waldemar Machado assistentes Drs. Vasco e Edwil, anestesista Dr. Roberto de Luca; anestesia geral ciclo propano e éter: incisão mediana infra umbilical, dírese da parede por planos, aberta a cavidade apresenta-se corpo uterino de aspecto normal, ovários em involução senil, trompas normais; pratica-se histerectomia total não se observando gânglios nas pesquisas feitas; sutura da vagina com pontos separados, peritonização em boas condições; síntese da parede por planos seda e agrafes na pele, a peça foi enviada para novo exame anatomo-patológico, o pós-operatório decorreu normalmente sendo retirados os pontos de agrafe no 6.º dia tendo a paciente tido alta no 7.º dia (figuras 3 e 4).



Fig. 1 — Aspecto geral da neoplasia constituída por células dispostas em faixas, sustentadas por traves conjuntivo-vascular. Col. H.E. 10 X.

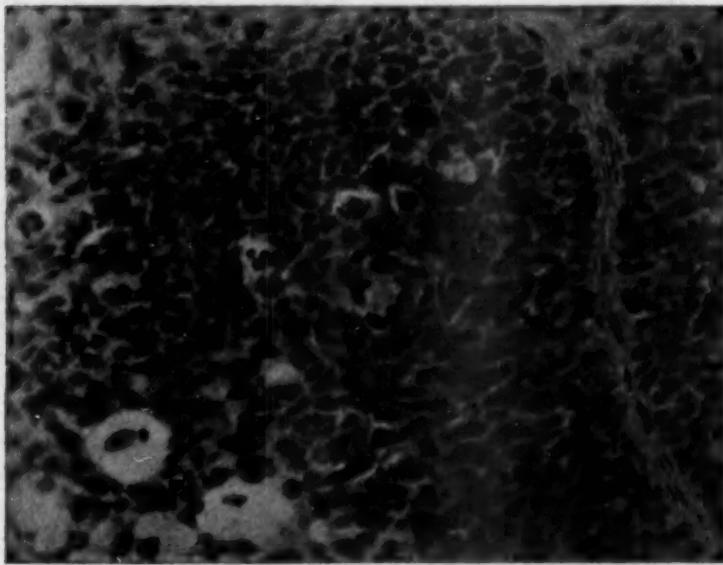


Fig. 2 — Notar o acentuado polimorfismo celular e nuclear. Col. H.E. 940 X.

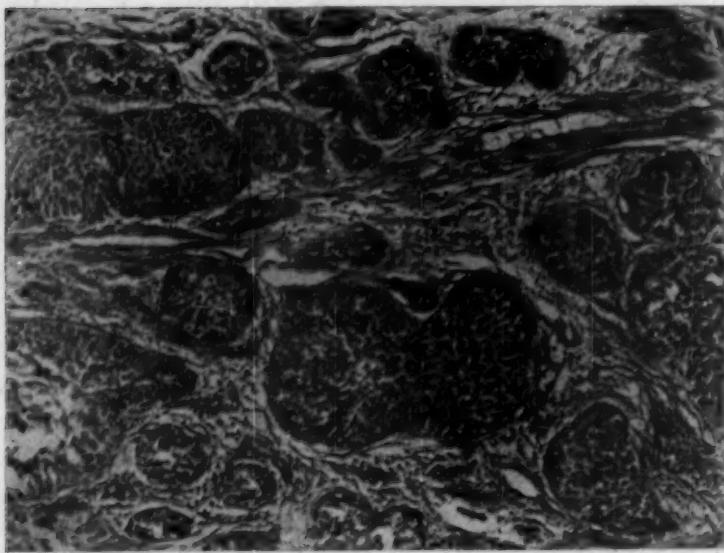


Fig. 3 — Aspecto do tumor, constituído por massas compactas de células Col. H.E. 80 X.

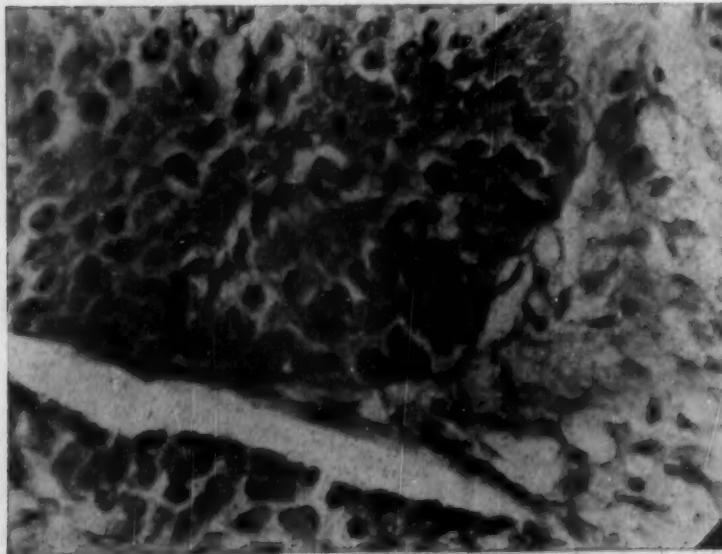


Fig. 4 — Notar o polimorfismo celular e nuclear., Col. H.E. 340 X

C.M.

Biópsia 765.52.

Mat. 19.225.

MATERIAL: Útero.

EXAME MACROSCÓPICO: O material consta de útero, aumentado de volume, medindo aproximadamente 14x9x5 cm. A musculatura do corpo é flácida, com certo brilho. O cólio, tem o volume aproximado de ovo de galinha, extremamente endurecido. Ao corte, o corpo nada apresenta digno de nota mas o cólio é de cor branca, suculento e brilhante. Inclusão em parafina. Col. H.E.

EXAME MICROSCÓPICO: Os vários cortes, feitos em níveis diferentes do corpo uterino, mostram as fibras dissociadas por certo grau de edema. O cólio, porém, apresenta uma neoplasia imatura de natureza epitelial, cujos elementos formam massas compactas (Fig. 3). Essas massas compactas são constituídas ora por células poliédricas ora por células cilíndricas. Os núcleos são polimorfos, hiperchromáticos e apresentam mitoses típicas e atípicas (Fig. 4).

DIAGNÓSTICO: Carcimona espino-cellular.

A paciente voltou à consulta no dia 7/3/53 referindo que após coito a 7 dias perdeu algumas gótas de sangue; tem tido às vezes dôres abdominais difusas nervosismo e ondas de calor muito fortes, tendo tomado neopassiflorine; o exame praticado revelou peso 60,500 grs., pressão arterial 220x110; ao toque saída dos dedos manchados de sangue; ao espéculo nota-se pequena exuberância da mucosa vaginal na zona de cicatrização sanguinolenta onde se pratica biópsia, cujo resultado é positivo para recidiva de carcinoma sólido. Foi indicada e praticada a Curioterapia tendo tomado estrogens de absorção lenta. Nova consulta no dia 12/8/53 nada revela de anormal ao exame ginecológico. A paciente revela ter tido doença de Duplay curada com radioterapia, peso 62,500 grs. Em 5/1/54 nova consulta verificando-se uma pressão arterial 240x110 e peso de 63 Kg., o exame ginecológico nada revela de anormal. No dia 3/8/54 nova consulta revela uma pressão de 235x110 e peso de 54,500 kg. queixando-se de formigamento nos braços e glicemias de 3g. O exame ginecológico revela discreta secreção sanguinolenta ao toque verificando-se ao exame especular discreta hemorragia em lençol da região cicatricial do fundo da vagina, não havendo formações exuberantes; o exame do abdômen revela eventração com anel de três centímetros no ângulo superior da incisão. No dia 10/8/55 veio à consulta queixando-se de dôres lombares. A glicemia era de 235 mg., queixa-se de dôres no saco herniário quando carrega crianças, a pressão 205x105 e peso de 63 kg o exame ginecológico nada revela de anormal.

Conclusão: a paciente veio inicialmente à consulta após 4 meses de tratamento porque era beneficiária de sua filha, a qual, para conseguir licença trouxe-a para ser submetida a exame para demonstração de exatidão de seu pedido. Apesar da paciente estar sob cuidados médicos, propusemos o exame que a princípio foi recusado e só permitido após termos afirmado que o atestado só seria oferecido após o mesmo. Feita a biópsia fomos interpelados pela filha, pois era desnecessário, no seu entender submeter sua mãe a exame tão doloroso (biópsia do endométrio), desde que a mesma não estava sob nossos cuidados. Dado o estado de espírito dos familiares e o nervosismo da paciente não praticamos a biópsia do colo, ainda mais que o material retirado do endométrio era abundante demo-nos por satisfeitos.

Com o resultado do exame do Dr. Roberto A. Aun, a aversão dos familiares desde o exame mudou completamente tornando-nos então desde esse momento o cirurgião indicado para executar a intervenção.

Sempre se disse, e é essencial, um bom exame propedêutico da paciente e este caso comprova muito bem a veracidade desse fato tanto assim que se nós tivéssemos apenas a informação que nos era desejada iríamos deixar uma senhora caminhar mais alguns meses com o seu tumor até que, quando fosse alertada, já seria tarde demais para obter bons resultados.

Praticando a intervenção não fizemos grande ressecção de vagina pois não contávamos com o diagnóstico de néo de colo e disso já nos penitenciamos anteriormente. Contudo tivemos o desprazer de constatarmos uma recidiva pequena 5 meses após a intervenção que a Curioterapia resolveu satisfatoriamente conforme prova a última consulta da paciente feita 2 anos e meio após a intervenção. Se contássemos já de início com a biópsia do colo, a nossa conduta na ressecção vaginal seria bem mais avançada e estariamos possivelmente a coberto de recidiva tão próxima.

Não é demais insistir entre as clientes que avançam pela quarta década da vida, a necessidade de exames periódicos pelo ginecologista, dadas as possibilidades existentes de se diagnosticar uma lesão cancerosa muito no seu início, tal como acontece em alguns casos de câncer intra epitelial do colo.

A apresentação desse caso, se outro mérito não tem, possui o de ter elucidado o diagnóstico que já tardava 4 meses desde sua primeira consulta, permitindo ainda tratamento capaz de dar sobrevida de alguns anos à paciente.

Pelas micro fotografias apresentadas ficam bem evidenciados os tipos de neoplasia do colo e do endométrio, caracterizando este nosso caso que é, entre nós, relativamente raro.

R E S U M O

É apresentado um caso de néo do útero, com localização dupla no endométrio e no colo, de tipo histológico diferente. Após a operação o exame anátomo-patológico não encontrou a lesão no endométrio o que faz pensar na cura pela curetagem de prova. Após 6 meses da operação que constou de uma hysterectomy total por via abdominal houve recidiva no fundo de saco vaginal ao nível da cicatriz operatória que foi tratada pela Curioterapia com bons resultados. A paciente está passando bem após dois e meio anos da operação.

S U M A R Y

It was reported a case of uterus carcinoma with double localization: in the endometrium and in the colon.

The anatomic pathological examination tissue did not reveal the localization in the endometrium and only revealed the localization in the colon.

The hysterectomy was a vaginal resection that determinated the radiation therapy.

This treatment has been performed two years and a half ago.

B I B L I O G R A F I A

AHUMADA — J. Carlos e outros — *Carcinosarcoma uterino* — Obst. Y Gin. Lat. Amer. Vol. IX n.º 5 Maio 1951.

BLANCHARD (Oscar) — *A propósito de carcinoma do endométrio. Biópsia em desacordo com a histologia do órgão extirpado* — Bol. Soc. Obst. y Gin. — Buenos Aires — Vol. XXXI n.º 446 — 1952.

CALATRONI e RUIZ — *Terapêutica ginecológica*. — Ed. El Ateneu 1950 Buenos Aires.

FORGUE (E.) *Precis de Phatologie externe* — Vol. IX Ed. G. Doin — 1935 — Paris.

LLUSIA (J.B.) — *Enfermedades del aparato genital femenino* — Ed. Científico Médica 1946 — Madri.

MIGNONI (C.) e ABDALA (R.) — *Cura do carcinoma do corpo uterino pela curtagem* — An. Fac. Med. Univ. S. Paulo — Vol. XX 1944.

MONTOBIO (V.C.) — *Tratado de ginecología e de técnica terapêutica ginecológicas* — Ed. Labor 1946.

NESTAREZ (O.B.) e AMALI (N.S.) — *Alguns aspectos do câncer do endométrio. Sua associação com a gravidez* — Obst. y Gin. Lat. Amer. Vol. IV n.º 3 Março 1946.

NUBIOLA e ZARATE — *Tratado de obstetrícia* — tomo II ed. Labor 1951.

RAMOS (A. G. Peralta e outros) *Carcinoma do endométrio. Biópsia em desacordo com a histologia do órgão extirpado* — La Pren. Med. Arg. Vol. XXIX n.º 39 — 26 setembro 1952.

STOECKEL (W.) — *Tratado de ginecología* — IV ed. Ed. Morata 1948 — Madri

Terapêutica do carcinoma do corpo do útero. Editorial dos An. Bras. de Gin. Vol. XXXVI n.º 1 julho 1953.

Sociedade Médica São Lucas

Comunicações feitas

Sessão de 10 de janeiro de 1955:

Fibriomas uterinos e gravidez ectópica — Dr. WALDEMAR MACHADO.

Sessão de 7 de fevereiro de 1955:

Eleição da nova diretoria.

Sessão de 28 de fevereiro de 1955:

Posse da nova diretoria.

Luso, Buçaco e Lindoia — Dr. TRENCHO DE MELO.

Sessão de 9 de março de 1955:

Simpaticectomia lombar — Dr. JUAN CARLOS GUZZETTI.

Rutura traumática do baço — Dr. AURELIO CAETANO DA SILVA JÚNIOR.

O agente etiológico do câncer — Dr. ESTEVÃO DE ALMEIDA PRADO.

Sessão de 21 de março de 1955:

Parada cardíaca em cirurgia — Dr. PAULO REBOCHO.

Sessão de 11 de abril de 1955:

Nevoxantoendotelioma — Dr. HOMERO NOVO FORNARI.

Tumor mucoide da parótida — Dr. TARCILIO DE TOLEDO FILHO.

Câncer do endométrio — Ris. ROBERTO A. AUN e TOLEDO FILHO.

Sessão de 25 de abril de 1955:

O uso indevido dos antibióticos — Dr. TARCILIO DE TOLEDO FILHO.

Sessão de 2 de maio de 1955:

Divertículo do apêndice — Dr. VICTOR BACILLA.

Varicocele e o trabalho — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.

Sessão de 30 de Maio de 1955:

Amenorrea familiar — Dr. PAULO BRESSAN.

Feridas traumáticas das mãos — Dr. JOSÉ SALDANHA FARIA.

ÍNDICE GERAL DO VOLUME XVI

A

ALCOOAL (F. Caldeira) — Sobre anti-bióticos e hipotensores —, 83
 ALMEIDA (Hugo Ribeiro de) — Cirurgia da surdez —, 44
 AMARAL (Ruy Vaz Gomide do), FINOCCHIARO (José) — Valor dos neuropélégicos e da anestesia potencializada na cirurgia do hipertireoidismo —, 35
Ano rectales por empalamiento. Lesiones —, 152
Antibioticos e hipotensores. Sobre —, 83.

B

Bócio posbranquial. O chamado —, 131

C

Câncer. Diagnóstico do —, 72.
 Câncer do endométrio e câncer do colo uterino. Concomitância —, 179
 Cirurgia Plástica. VIII Congresso Latino-Americano —, 163
 Código Penal. Comentário em torno do Artigo 123 § II do —, 67
 Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica. VII —, 163
 CURUTCHET (Jorge Luis) — Lesiones ano rectales por empalamiento —, 152

E

Edema e da inflamação. Físico-química da formação de —, 19
 Estenoses do colo uterino. Espermagemigração nas —, 3.
 Evangelista Lucas. Teria sido Médico o —,

F

FÁVERO (Flamínio) — Teria sido Médico o Evangelista Lucas? —, 99
 FERREIRA (A.A.), PRADO (Paulo de Albuquerque) — Comentário em torno do Artigo 128 § II do Código Penal —, 67
Fibroma e gravidez ectópica —, 147
 FINOCCHIARO (José), AMARAL (Ruy Vaz Gomide do) — Valor dos neuropélégicos e de anestesia potencializada na cirurgia do hipertireoidismo —, 35
 FONTI (Clara Julles) — Diagnóstico do câncer —, 72

G

GABRIELE (Nicola) — A tunelização para a cura do varicocele. (Experiência com a técnica de Eurico Branco Ribeiro) —, 13.
 Glomerulonefrite difusa sub-aguda grave Anuria —, 56
 Gravidez ectópica — Fibroma —, 147

H

Hipertireoidismo. Valor dos neuropélégicos e da anestesia potencializada na cirurgia do —, 35

K

KLOBUSITZKY (Dionysio de) — Físico-química da formação de edema e de inflamação —, 19

L

Lesiones ano rectales por empalamento —, 152
Literatura médica, livros e folhetos recebidos —, 96, 126, 141, 173
Lucas?. Teria sido Médico o Evangelista —, 99
Lues. Avaliação sorológica da —, 51

M

MACHADO (Waldemar) — *Concomitância de câncer do endométrio e câncer do colo uterino* —, 179
MACHADO (Waldemar) — *Fibroma e gravidez ectópica* —, 147
Medicina y Rotary. La —, 10.
MIGLIANO (Luiz) — *Avaliação sorológica da lues* —, 51
MOLINARD (Ruperto Vargas) — **La Medicina y Rotary** —, 10.

N

NOGUEIRA MARTINS (Dr. Antonio Bento de Campos) —, 29

P

PASSOS (A.C. de Morais), PRADO (Paulo de Albuquerque) — *O exercício de funções com risco de vida ou saúde* —, 115
Perturbações da linguagem —, 136
PRADO (Paulo de Albuquerque), FERREIRA (A.A.) — *Comentário em torno do Artigo 128 § II do Código Penal* —, 67
PRADO (Paulo de Albuquerque), PASSOS (A. C. de Morais) — *O exercício de funções com risco da vida ou da saúde* —, 115

R

RIBEIRO (Eurico Branco) — *A varicocele e o trabalho* —, 167
RIBEIRO (Eurico Branco), COSTA (Ferdinando) — *O chamado bôcio parabranquial* —, 151.

S

Sociedade Médica São Lucas — Comunicações feitas —, 46, 64, 79, 95, 188
Sanatório São Lucas — Movimento do Banco de Sangue do — em 1953 —, 15
Sanatório São Lucas — Movimento Cirúrgico —, 32
Sanatório São Lucas — Movimento dos doentes internados em 1954 —, 144
Sanatório São Lucas — Operações realizadas em 1954 —, 157
Sinestesias. As —, 108
SOUZA (Cícero Christiano de) — *As sinestesias* —, 108
SOUZA (Cícero Christiano de) — *Perturbações da linguagem* —, 136
SOUZA (Maciel de) — Espermomigração nas estenoses do colo uterino —, 3.
Surdez. Cirurgia da —, 44

T

Teria sido Médico o Evangelista Lucas —, 99

V

Varicocele. A tunelização para a cura da —, (Experiência com a técnica de Eurico Branco Ribeiro) —, 13.
Varicocele e o trabalho. A —, 167
VERGARA (Alberto Carrion) — *VII Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica* —, 163
Vida ou saúde. O exercício de funções com o risco da —, 115

